

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1901-1902. — N° 145

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

Tumeurs Malignes

DE LA PAROI ABDOMINALE

THÈSE

PRÉSENTÉE

À LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 30 Juin 1902

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

HENRY DURAND

Né à Saint-Chamond (Loire), le 11 octobre 1875



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE ET C^{ie}

Ancienne Maison A. WALTENER

14, rue Belle-Cordière, 14

—
1902



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1901-1902. — N° 145

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

Tumeurs Malignes

DE LA PAROI ABDOMINALE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 30 Juin 1902

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

HENRY DURAND

Né à Saint-Chamond (Loire), le 11 octobre 1875



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE ET C^{ie}

Ancienne Maison A. WALTENER

14, rue Belle-Cordière, 14

—
1902

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET,	DOYEN.
LACASSAGNE,	ASSESSEUR.
CROLAS,	QUESTEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU.

PROFESSEURS

Cliniques médicales,	}	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales,		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements,	}	BARD
Clinique ophtalmologique,		PONCET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques,		JABOULAY.
Clinique des maladies mentales,		FOCHIER.
Clinique des maladies des enfants,		GAYET.
Physique médicale,		GAILLÉTON.
Chimie médicale et pharmaceutique,		PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie,		WEILL.
Matière médicale et Botanique,		MONOYER.
Parasitologie,		HUGOUNENQ
Anatomie,		CAZENEUVE.
Anatomie générale et Histologie,		FLORENCE.
Physiologie,		LORTET.
Pathologie interne,		TESTUT.
Pathologie externe,		RENAUT.
Pathologie et Thérapeutique générales,		MORAT.
Anatomie pathologique,		TEISSIER.
Médecine opératoire,		AUGAGNEUR.
Médecine expérimentale et comparée,		MAYET.
Médecine légale,		TRIPPIER.
Hygiène,		POLLOSSON (M.)
Thérapeutique,		ARLOING.
Pharmacologie,		LACASSAGNE.
		COURMONT (J.).
		SOULIER
		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des maladies des femmes, M. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Maladies des voies urinaires,	MM. CHANDELUX, agrégé.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx,	LANNOIS, —
Propédeutique médicale,	ROQUE, —
Propédeutique chirurgicale,	ROLLET, —
Propédeutique de gynécologie,	CONDAMIN, —
Anatomie pathologique,	DEVIC, —
Physiologie,	DOYON, —
Accouchements,	FABRE, —
Botanique,	BEAUVISAGE, —
Hydrologie et matières alimentaires,	CAUSSE, Dr ès sciences.

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	VALLAS.	NOVÉ-JOSSERAND.	CHATIN.
ROUX.	SIRAUD.	BERARD.	VILLARD.
COLLET.	DURAND.	SAMBUC.	TIXIER.
BOYER.	PIC.	BORDIER.	FABRE.
BARRAL.	PAVLOT.	COURMONT (P.).	REGAUD.
MOREAU.			

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. M. POLLOSSON, Président; M. VALLAS, Assesseur;
MM. BERARD et VILLARD, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

MEORUM MEMORIÆ

MEIS

UXORI

AVANT-PROPOS

Arrivé au terme de notre scolarité médicale, nous sommes heureux d'adresser nos remerciements aux maîtres bienveillants dont nous avons suivi l'enseignement.

Nous avons eu l'honneur de travailler, pendant trois ans, dans le service du professeur Ollier. Nous devons un souvenir ému à la mémoire de l'éminent professeur qui, avec son enseignement magistral, nous prodigua si souvent ses conseils affectueux.

Pendant notre séjour à la Clinique, nous n'avons eu qu'à nous louer de nos relations toutes cordiales avec MM. les docteurs Mondan, chef des travaux, Martel, Gayet, Gallois, chefs de clinique. Nous les prions d'agréer, avec nos remerciements, l'assurance de notre sympathie et de notre affectueux dévouement.

M. le professeur agrégé Vallas a bien voulu nous

fournir les observations qui ont fait le sujet de notre travail inaugural. Nous le prions d'agréer l'expression de notre gratitude, pour l'accueil bienveillant que nous avons trouvé dans son service.

M. le professeur agrégé, Maurice Pollosson, en acceptant la présidence de notre thèse, nous a fait un grand honneur auquel nous sommes très sensible et dont nous le remercions bien vivement.

Nous prions MM. les professeurs Bondet, Chandelux, MM. les docteurs Josserand, Chappey, médecins des hôpitaux, dont nous avons suivi les cliniques et l'enseignement au lit du malade, d'agréer nos remerciements.

Nous ne saurions oublier l'accueil bienveillant que nous avons trouvé auprès de M. le professeur agrégé Paviot, et nous sommes heureux de lui exprimer notre bien vive gratitude.

Nous avons suivi avec intérêt les leçons et cliniques de pathologie bucco-dentaire de M. le docteur Julien Tellier. Nous avons eu, d'autre part, recours, en diverses circonstances, à son obligeance. Qu'il veuille agréer les remerciements de son modeste élève.

Privé bien jeune de l'affection d'un père vénéré et d'une mère tendrement chérie, nous avons eu le bonheur d'être soutenu, dans le cours de nos études, par des frères dont le dévouement n'a pas connu de limites.

Puisse ce modeste travail être pour eux, en même temps qu'un gage de sympathie, le modeste témoignage de notre éternelle reconnaissance.

CHAPITRE PREMIER

Introduction et Historique.

L'étude des tumeurs malignes de la paroi abdominale ne comprend encore, jusqu'ici, que celles siégeant au niveau de l'ombilic. Grande richesse de détails et nombreuses observations pour ce qui concerne cette dernière région. Mais, la littérature médicale ne rapporte presque rien en ce qui concerne les néoplasmes pouvant siéger en d'autres régions de la même paroi, notamment ceux des régions latérales, c'est-à-dire crurale et inguinale.

Les recherches bibliographiques auxquelles nous sommes livré, nous permettent de signaler quelques cas seulement de tumeurs malignes occupant des sacs herniaires, soit habités, soit déshabités, ces sacs herniaires étant, bien entendu, soit inguinaux, soit cruraux.

Francis Villar, dans son travail inaugural : « Les

Tumeurs de l'ombilic » (Thèse de Paris 1886), donne de ces dernières une classification détaillée. Il décrit successivement les tumeurs bénignes et les tumeurs malignes de l'ombilic. Parmi ces dernières, l'auteur distingue les sarcomes, les épithéliomes et les carcinomes. L'étude du cancer proprement dit se divise en cancer primitif et cancer secondaire. Le cancer primitif de l'ombilic ne serait pas excessivement rare, à en juger par l'historique qui en est donné. Villar en rapporte douze cas. La plupart du temps il se présenterait sous la forme épithélioma et rarement sous celle de carcinome.

Mais ce cancer primitif a pour point de départ la cicatrice ombilicale et doit, en quelque sorte, son existence aux dispositions anatomiques particulières de la région.

Il n'est donc pas étonnant de ne le voir pas signalé en d'autres points de la région abdominale.

Néanmoins les vieux sacs herniaires peuvent être le siège de ces néoplasies primitives, et nous aurons occasion de signaler plus loin les quelques rares faits qui s'y rapportent.

Quant au cancer secondaire, il doit comprendre deux variétés, dit Villar. « Dans la première se rangent les cas dans lesquels un individu porteur d'une hernie ombilicale et atteint d'un cancer intra-abdominal, voit se développer un noyau cancéreux au niveau de l'organe hernié. C'est bien là un cancer secondaire. Dans la seconde variété prend place le cancer secondaire tel qu'on le comprend généralement ». Un exemple : un individu est porteur d'un

cancer de l'estomac, propagé à l'épiploon, aux tuniques intestinales ; le péritoine pariétal de l'ombilic est pris à son tour : la greffe cancéreuse aura de la tendance à envahir la paroi abdominale de proche en proche et ne tardera pas à gagner la peau et à s'extérioriser, à un moment donné, sous forme d'un bourgeon plus ou moins gros. C'est bien là un cancer secondaire dont la pathogénie est différente de celle de la première variété.

Au niveau de l'ombilic les cas de cette dernière nature sont fréquents et il n'est pas de chirurgien vieilli dans la clinique hospitalière qui n'en ait observé des cas. MM. Quénu et Longuét, dans la *Revue de Chirurgie*, 1896, montrent quelle est, dans certains cas, la valeur séméiologique du cancer de l'estomac.

M. le professeur agrégé Vallas a publié quelques cas montrant que ce qui est vrai pour l'ombilic pouvait l'être aussi pour les régions latérales de l'abdomen, région crurale et région inguinale.

Dans la séance de la Société nationale de Médecine de Lyon, du 14 avril 1902, M. Vallas rapportait trois observations de cancer secondaire des régions crurale et inguinale. L'une d'entre elles concerne l'anneau crural, les deux autres la région inguinale. Ces néoplasmes n'étaient que de simples noyaux de généralisation d'une tumeur abdominale, manifeste dans un cas, restée latente dans les deux autres.

Les recherches faites dans la littérature médicale, non plus que les renseignements pris dans les services hospitaliers de l'Hôtel-Dieu et de la Charité,

n'ont pu nous apporter de faits nouveaux concernant spécialement les cas ci-dessus signalés.

Nous pouvons donc diviser de la façon suivante, l'étude des tumeurs malignes siégeant sur les régions que nous avons en vue :

- 1^o Cancer secondaire ,
- 2^o Cancer primitif.

A son tour, le cancer secondaire peut avoir pour point de départ :

- a) Soit un cancer intra-abdominal proprement dit ;
- b) Soit le cancer atteignant un organe hernié : épiploon, mésentère. Les faits de ce dernier genre ne sont pas excessivement rares. Nous en relatons trois observations seulement. L'une est due à Lejars (*Gazette des Hôpitaux*, 1889), : fibro-sarcome de la paroi d'un sac herniaire à point de départ intestinal ; la seconde, provient de Le Dentu (*Gazette de la même année*) : néoplasme de l'épiploon hernié avec envahissement des parois sacculaires ; enfin Chauffard, (*Bulletin de la Société anatomique*, 1882,) nous relate un cas de cancer primitif de l'intestin hernié, avec envahissement du péritoine herniaire.

Les trois observations que M. Vallas a bien voulu nous confier sont de nature toute différente et concernent la première variété : Cancer des péritonées cruraux et inguinaux, secondaire à un néoplasme intra-abdominal.

Notre modeste travail portera ses fruits, pensons-nous ; les cas que nous signalons contribueront à la mise en garde contre des erreurs, soit de diagnostic,

soit de thérapeutique chirurgicale, puisqu'ils montrent la possibilité de « nouvelles portes de sortie du cancer abdominal » au niveau des trajets ou orifices naturels, soit inguinaux, soit cruraux.

OBSERVATION I

(Inédite)

Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé VALLAS

HERNIE INGUINALE DROITE. — PETITE TUMEUR DU SAC HERNIAIRE.

Sébastien C..., 70 ans, homme de peine, porteur depuis trois ans d'une hernie inguinale droite apparue à la suite d'un effort. Cette hernie est facilement réductible, mais occasionne au malade des coliques assez fréquentes.

A l'inspection des bourses on peut voir que celles-ci présentent une dépigmentation anormale : elles sont blanchâtres, les poils sont décolorés. A certains endroits, toutefois, la pigmentation est plus marquée ; on dirait que le pigment détruit se serait porté à d'autres endroits sur les bourses. C'est au niveau de la face antérieure du raphé que la pigmentation est très accentuée ; sur la face dorsale de la verge, pigmentation par places tranchant avec des plaques de décoloration voisines, d'où aspect de peau de panthère.

Si l'on palpe les bourses, on sent à la queue de l'épididyme droit, une petite tumeur de la grosseur d'un pois, douloureuse à la pression.

De même, au niveau de l'épididyme gauche, on sent une tumeur de la grosseur d'un œuf de pigeon, douloureuse également à la pression et occupant la tête.

Ces tumeurs roulent nettement sous la peau et semblent bien adhérer aux glandes génitales. En raison des troubles de coloration du scrotum et de la verge, on avait porté le

diagnostic de névromes, avec beaucoup de réserve, toutefois.

Le malade est opéré le 12 février 1902. On fait une première incision inguino-scrotale droite pour opérer la hernie. On trouve, appendue au sommet du sac, une petite tumeur du volume d'une grosse noisette. Cette tumeur est bosselée, irrégulière; le canal déférent n'y adhère pas (pas plus qu'au sac), mais les vaisseaux du cordon sont très intimement unis à elle par des tractus fibreux indécoulables; aussi lie-t-on ces vaisseaux. La hernie est rentrée comme d'habitude. Sur la paroi interne du sac on voit trois petites saillies d'un blanc nacré donnant à l'œil l'impression de trois tubercules fibreux.

La plaie est fermée.

Le 14 février, la température est à 38°. Le pansement est enlevé et l'on évacue un foyer d'hématome constitué par des caillots noirâtres. Par la suite, on voit le malade se cachectiser, il perd son appétit, prend une teinte jaune paille, et surtout accuse une constipation très marquée nécessitant l'administration de lavements fréquemment répétés. Cette constipation alterne avec des débâcles. Le toucher rectal ne révèle rien.

Le 17 avril 1902, le malade sort avec cet état de dépérissement et n'est pas revenu depuis.

Voici le résultat détaillé de l'examen histologique pratiqué par M. le professeur agrégé Paviot : « Deux morceaux ont été prélevés sur la pièce qui nous est parvenue; l'un comportant la paroi du sac supportant les taches blanches, l'autre comportant le paquet graisseux du sommet du sac

« Les coupes de la paroi avec ses deux tâches décèlent un cancer qui forme non seulement des petites cavités circulaires tapissées par un épithélioma cylindrique, mais aussi des travées de cellules cubiques sur deux ou plusieurs rangs formant boyaux pleins. Ces formations cancéreuses ont bien, en somme, l'apparence de provenir d'un cancer intestinal dont nous ne voyons, là, que la généralisation péritonéale. Quant aux cou-

pes du paquet graisseux, elles ne présentent que des boyaux pleins, et aussi des infiltrations diffuses de cellules épithélio-mateuses. Ces éléments cancéreux, quel que soit le fragment considéré, sont plongés dans un tissu fibroïde dense ».

OBSERVATION-II

(Inédite)

Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé VALLAS.

TUMEUR DE L'EXTRÉMITÉ EXTERNE DU LIGAMENT ROND.

D... Henriette, 47 ans, entre à l'Hôtel-Dieu au mois de janvier 1901. Cette femme présente une tumeur située sur la paroi abdominale, à l'orifice externe du canal inguinal droit.

Cette tumeur date de cinq mois environ. Elle s'est développée depuis, insensiblement ; légèrement douloureuse à la pression, elle adhère nettement à la peau ainsi qu'aux plans profonds du canal inguinal. D'autre part, cette tumeur est mate à la percussion, ne présente aucun mouvement d'expansion ni d'extension lorsqu'on fait tousser la malade ; elle n'a jamais présenté un volume plus considérable.

Bref, en raison des adhérences aux plans voisins précitées, et de la présence de quelques petits ganglions occupant le triangle de Scarpa, on porte le diagnostic de « sarcome aponévrotique ».

La malade a maigri depuis quelques mois. On pratique un examen approfondi des organes génitaux, qui ne révèle rien, non plus que le toucher rectal. La malade n'a plus ses règles depuis deux ans et, depuis, n'a jamais présenté de métrorrhagies ; elle n'a jamais eu de leucorrhée, ni de méloëna.

Le 11 janvier, intervention : Laparotomie iliaque. On tombe sur une tumeur de l'extrémité externe du ligament

rond ; on résèque la portion inguinale de ce dernier, avec la portion des tissus adhérents.

L'examen histologique de la partie réséquée a été pratiqué par M. le professeur agrégé Paviot. En voici le résultat :

« Dans les coupes de cette tumeur, les faisceaux de muscle lisse du ligament rond sont dissociés par une infiltration épithéliomateuse qui s'étend sur la presque totalité des coupes. Ces cellules épithéliales sont des éléments assez volumineux, n'affectant aucune disposition qui permette d'en déterminer l'origine. La seule conclusion sûre permise, est qu'il s'agit d'un noyau de généralisation ou d'extension d'une tumeur épithéliomateuse, dont l'origine ne peut être précisée par l'histologie, mais qui est certainement maligne ».

La malade sort guérie et, deux mois après, le 10 mars de la même année, revient à l'Hôtel-Dieu se montrer de nouveau à M. Vallas, On ne constate pas de généralisation sur place.

Le 12 du mois d'août, c'est-à-dire sept mois après son opération, la malade revient de nouveau dans le même service. Elle raconte alors que, pendant les trois mois d'avril, mai et juin, elle a été réglée comme avant l'intervention, mais que, depuis deux mois, elle n'a plus vu ses règles. En même temps que les règles ont cessé, sont apparues des douleurs dans le bas-ventre, accompagnées d'incontinence d'urine le matin et dans la station debout.

Cette incontinence a cessé il y a trois semaines, mais sa disparition a concordé avec l'apparition d'une ascite abdominale actuellement volumineuse. Ces phénomènes se sont accompagnés de perte d'appétit, d'amaigrissement.

La malade se plaint d'une douleur dans l'hypochondre gauche. La pression révèle l'existence d'une masse dure au-dessus de la symphyse pubienne. On sent un ganglion au niveau de l'ouverture du canal inguinal droit.

Le 16 août, deuxième intervention : laparotomie ; incision de 3 centimètres et évacuation de l'ascite.

On sent une tumeur cancéreuse englobant tous les organes génitaux du petit bassin ; on ne peut distinguer quel est le point de départ du néoplasme.

Le 28 août, la malade sort du service ; son état s'est amélioré par l'évacuation de l'ascite.

CHAPITRE II

Cancers de la paroi, secondaires à des cancers internes.

§ I. — RÉGION INGUINALE. — OBSERVATIONS I ET II.

Ces deux premières observations nous présentent le plus grand intérêt. Un premier fait en découle : c'est la possibilité du diagnostic d'un cancer resté latent.

Dans l'observation I il s'agit d'un homme qui vient réclamer les secours de la chirurgie pour une hernie, douloureuse depuis quelque temps ; l'absence complète des signes rationnels d'un cancer viscéral accompagne, chez lui, l'absence de signes physiques.

Lors de l'intervention, on tombe sur un cul-de-sac péritonéal portant trois petites masses dont l'examen histologique établit la nature cancéreuse et, dès

lors, on est fixé sur l'existence, chez ce malade, d'un cancer intra-abdominal.

Malheureusement il ne nous a pas été possible de suivre, chez ce hernieux, l'évolution de la néoplasie primitive, mais l'état de cachexie qu'il présentait à sa sortie, faisait prévoir une déchéance rapide.

L'observation II a une valeur séméiologique analogue. Il s'agissait, très probablement, d'une femme atteinte d'un cancer des annexes resté caché et ayant jeté, dans le trajet inguinal, un noyau d'extension vraisemblablement, siégeant dans les fibres musculaires du ligament rond. La suite a justifié encore le diagnostic anatomo-pathologique.

Nous ne pouvons nous empêcher de rapprocher de ces deux faits ce qui se passe au niveau de l'ombilic pour les cancers secondaires de cette région.

« Ici, écrit Villar, bien que la tumeur ombilicale n'apparaisse, le plus souvent, qu'après la constatation des troubles fonctionnels de l'organe primitivement atteint, quelquefois, cependant, elle coïncide avec les premières manifestations ou elle peut constituer toute la maladie, alors que les troubles fonctionnels sont à peine ébauchés ».

En second lieu, l'évolution du cancer secondaire, dans les deux cas cités plus haut, nous offre d'autres considérations touchant la difficulté du diagnostic lui-même de la lésion. Chez notre premier malade rien ne pouvait faire prévoir son existence, et l'examen histologique était nécessaire pour nous édifier sur la nature de cette tumeur. Remarquons que le

bourrelet adipeux sous-péritonéal appendu à la paroi externe du sac, était envahi par l'infiltration cancéreuse, et il est à prévoir que le reste de la paroi inguinale l'eût été, à son tour, sans l'intervention chirurgicale.

La malade de l'observation II, par contre, nous a montré l'évolution complète d'un de ces noyaux néoplasiques.

Il adhérait nettement à la peau, rétractée à son niveau, et douloureuse. Le diagnostic était, là, tout particulièrement délicat ; avant toute intervention, on avait pensé à un sarcome aponévrotique crural.

La conclusion pratique à tirer de ces faits, auxquels viendront, sans doute, s'en ajouter d'autres de même nature, est la suivante : en présence d'une tumeur siégeant à l'orifice ou dans le trajet inguinal on devra songer à la possibilité d'un noyau cancéreux secondaire, d'une métastase révélatrice d'un cancer abdominal latent.

Les trois observations suivantes rentrent dans le cadre de notre étude avec cette différence notable, toutefois, que c'est l'organe hernié qui est le siège primitif de la tumeur, et non un viscère intra-abdominal comme dans les observations I et II.

OBSERVATION III

LE DENTU. — *Gazette des Hôpitaux*, 1889, page 796.

NÉOPLASME DE L'ÉPIPLOON HERNIÉ. — HERNIE INGUINALE GAUCHE

Alfred L., 54 ans, ciseleur, entre à l'hôpital Saint-Louis, salle Cloquet, le 12 février 1889. C'est un homme amaigri et cachectique. Sa mère est morte d'une maladie de cœur; il a perdu un frère et une sœur, de la poitrine. Lui-même a eu une fièvre typhoïde à 17 ans, puis, à deux reprises (à vingt-cinq et vingt-sept ans) une « fluxion de poitrine »; depuis, il tousse tous les hivers.

L'an dernier, en juin 1888, il fut opéré, par M. Le Dentu, d'un sarcome des fosses nasales; il était déjà pâle et affaibli et, depuis deux ans, il sentait ses forces décliner de jour en jour, mais nulle part l'examen clinique ne fit alors découvrir de néoplasme herniaire.

L'opération n'améliora que pour un temps assez court sa santé générale. Six mois plus tard, il était pris d'une diarrhée presque continuelle qui ne s'arrêtait que pour faire place à une constipation opiniâtre; le ventre était sensible et des crises douloureuses survenaient de temps en temps.

Les accidents herniaires proprement dits datent de huit jours. Une nuit, le malade est réveillé par des tiraillements douloureux à l'aîne gauche; il y porte la main, il y trouve une tumeur grosse comme un œuf, arrondie, assez dure, qui venait de paraître. Un médecin, appelé, ordonne le repos au lit et des cataplasmes. La hernie était encore réductible en totalité; il y avait de la diarrhée au début.

Mais les douleurs devinrent plus aiguës; depuis deux jours, l'irréductibilité était complète; les selles étaient suspendues, mais les émissions gazeuses continuaient à se

faire ; quelques vomissements sans caractère fécaloïde. Ce fut alors que le malade entra dans la salle de M. Le Dentu. La tumeur herniaire était peu tendue et comme fluctuante ; on pensa à une épiploïte simple avec pincement latéral de l'intestin. La kélotomie fut pratiquée le 12 février. Le sac ouvert, il s'écoule un liquide séro-sanguinolent, louche, d'une odeur fécaloïde très accusée ; une masse épiploïque rougeâtre, épaissie, noueuse, le remplit et adhère à sa face interne.

Cet épiploon est criblé de noyaux néoplasiques, dont la grosseur varie d'un pois à une amande, noyaux durs, finalement bosselés, blanchâtres à la coupe, qui s'accolent et forment masse entre les plis recroquevillés de la séreuse. D'intestin, on ne peut dérouvrir de trace. L'épiploon cancéreux est lié et réséqué ; la masse se prolonge dans la fosse illiaque ; on met un drain et on suture.

Le lendemain, le pansement est imprégné de pus et, le second jour, ce sont des matières stercorales qu'on trouve épanchées au-dessous de lui. On enlève les sutures : un anus artificiel s'établit.

Mais l'état général avait empiré chaque jour, et le malade, agonisant, fut emmené par sa famille.

OBSERVATION IV

CHAUFFARD. — In *Bulletin de la Société Anatomique*, 1882.

HERNIE INGUINALE ANCIENNE DE L'S ILIAQUE. — CANCER DE L'ANSE
HERNIÉE AVEC PROPAGATION AU SAC. — CANCER SECONDAIRE DU
FOIE. — PÉRITONITE AIGÜE TERMINALE.

L. J..., 52 ans, entre à l'hôpital de la Charité, pour des accidents abdominaux de date récente, le 20 juin 1882. Signes de péritonite : ventre ballonné, très dur et très tendu,

douloureux à la pression; vomissements verdâtres. La fièvre s'élève à 38°4. Diarrhée séreuse abondante.

Le point de départ de cette péritonite aiguë se trouve dans une grosse hernie inguinale gauche que portait le malade; cette hernie datait de plus de vingt ans. Depuis l'apparition des accidents abdominaux, elle n'était ni plus sensible, ni plus grosse, ni plus tendue. Le diagnostic porté fut : vieille entéro-épiplocèle irréductible, et péritonite aiguë généralisée consécutive, probablement, à une péritonite herniaire.

Pendant les jours qui suivirent, l'état général et local ne fit que s'aggraver; le ventre resta aussi ballonné et douloureux; les vomissements bilieux et porracés, la fièvre et la diarrhée continuèrent. Le 14 juillet, le malade mourut en plein collapsus péritonitique.

Autopsie. — On trouva d'abord une péritonite aiguë généralisée, avec épanchement purulent dans les parties déclives.

D'autre part le foie, très volumineux, pesait 2.300 grammes; sur sa convexité faisaient saillie trois à quatre noyaux cancéreux marronnés, et dont le tissu, sur une surface de section, présentait tous les caractères d'un cancer secondaire : il était mou, lactescent, blanc rosé.

La tumeur primitive occupait l'anse herniée.

Voici ce que montrait la dissection du sac herniaire et de son contenu : D'abord la hernie était une pure entérocele et ne contenait pas d'épiploon; elle était formée par une anse de 20 centimètres de long. Cette anse herniée adhérait intimement au sac péritonéal. Le sac et l'intestin étaient comme soudés par des adhérences épaisses, résistantes, discontinues et comme lacunaires, dues à l'interposition d'un tissu grisâtre, riche en vaisseaux, friable et d'apparence plutôt néoplasique qu'inflammatoire.

Au niveau du collet, le sac communiquait librement avec la cavité péritonéale, sans étranglement ni coarctation notable, et la péritonite cancéreuse herniaire se transformait en

péritonite inflammatoire aiguë. En outre, au niveau de l'insertion mésentérique, les parois intestinales étaient le siège d'une tumeur volumineuse. Cette tumeur affectait la forme d'une plaque circulaire faisant relief, et constituée par de nombreux lobules mamelonnés d'un tissu rosé, friable et très vasculaire. Ni l'intestin dans le reste de son étendue, ni l'estomac, ni le rectum ne présentaient de tumeur semblable. Les autres organes étaient sains.

« L'interprétation de ce fait nous paraît assez facile, ajoute Chauffard. Sous l'influence du traumatisme incessant provoqué par le bandage, l'anse herniée devient un véritable *locus minoris resistentiæ*, elle entre en état d'imminence morbide et, la prédisposition du sujet aidant, il s'y développe une tumeur cancéreuse. Ainsi s'explique cette localisation, bizarre à première vue, du produit néoplasique.

OBSERVATION V

Gazette des Hôpitaux, 1889, N° 88

SARCOME DE L'INTESTIN HERNIÉ AVEC PROPAGATION AU SAC

Homme de 33 ans, typographe, porteur, depuis l'enfance, d'une hernie inguinale droite. Une première fois en 1885, il était entré à la clinique de Necker, pour des accidents d'étranglement.

M. le docteur Routier n'avait pu réduire qu'en partie la masse herniée, mais l'intervention avait suffi pour faire cesser la constipation ; le 13 mars, le malade quittait l'hôpital, avec une hernie toujours partiellement irréductible. Il y a huit jours, dans la nuit, la hernie sortit plus grosse et douloureuse ; mais sous une légère compression, elle se réduisit au bout de quelques heures.

Le 2 mai 1886, le malade entre dans le service de M. le

professeur Le Fort, et voici ce que l'on constate : la région inguino-scrotale droite est occupée par une tumeur allongée qui se soulève en trois bosselures : l'une, tout inférieure, arrondie, rénitente, d'une sensibilité spéciale à la pression, c'est le testicule ; l'autre plus grosse, séparée de la première par un sillon circulaire très net ; la troisième, la plus développée, se dessine sous forme de relief aplati au-dessus du pli de l'aîne.

Toutes trois sont mates, aucune n'est transparente.

On pratique plusieurs séances de taxis ; sous la pression la bosselure moyenne céda et se réduisit ; le testicule devint très net, en bas, mais le relief inguinal persistait même, sous le chloroforme, il devenait, au contraire, plus tendu.

M. Le Fort fit alors une ponction aspiratrice dans cette tumeur que rien ne pouvait refouler ; il retira 100 grammes de liquide bien fluide, sans odeur, rougeâtre. Mais il restait néanmoins, au pli de l'aîne, une masse arrondie, du volume d'un œuf, mollassse à la pression, irréductible.

Quinze jours après, le 20 mai, on décida une intervention définitive.

Laparotomie inguinale. Sac largement ouvert ; sa face interne, son collet sont explorés avec soin ; nulle part on ne trouve d'intestin ni d'épiploon. On revient à la face externe ; lentement on la décortique jusqu'au niveau de l'anneau inguinal externe ; là, on tombe sur une petite masse blanchâtre, arrondie, mollassse.

La dissection remonte plus haut ; la paroi antérieure du canal est sectionnée et, suivant la continuité du sac, on découvre sa portion intra-inguinale, celle qu'on avait toujours sentie irréductible, bosselée, grisâtre, indurée. L'isolement est laborieux ; il se fait au doigt et au bistouri ; tout-à-coup s'échappe un flot de liquide intestinal, par l'angle supérieur de la plaie. On prolonge largement l'incision vers l'ombilic : un fil passé dans le mésentère maintient l'anse déchirée. Enfin on arrive à enlever toute la masse néoplasique adhé-

rente à l'intestin, mais il fallut en réséquer une longueur de 8 centimètres environ.

Les deux bouts sont rapprochés, réunis par leur bord mésentérique, suturés à la peau par le reste de la circonférence; anus contre nature.

Suites opératoires. — La température reste à 39 degrés, la fièvre persista, s'accrut et, sans accidents bruyants, trois jours après, le malade succombait à la péritonite.

L'autopsie ne révéla que les lésions banales de la péritonite aiguë; il n'y avait nulle part trace d'autre tumeur.

L'examen de la pièce enlevée était d'un tout autre intérêt.

C'était une plaque épaisse de un centimètre et demi, semée de noyaux arrondis et durs, qui occupent la paroi du sac herniaire dans la plus grande partie de son évasement intra-inguinal et, plus haut, vers le collet profond, se continuait sur l'anse herniée et sur son mésentère.

Il y avait une adhérence intime, une fusion véritable, à ce niveau, du sac, du mésentère et de l'intestin; le tube intestinal, libre encore dans le reste de sa circonférence, se confondait par l'une de ses parois dans le bloc néoplasique, son mésentère n'était plus qu'une lame épaissie et rigide.

Les lésions étaient circonscrites à la portion herniée. Le néoplasme était blanchâtre et sec à la coupe. L'examen histologique, pratiqué par M. Leroy, aide-préparateur d'histologie à la Faculté, permet de conclure à un fibro-sarcome.

Les observations III, IV et V ont ceci de commun: c'est que le péritoine dégénéré fait partie d'un sac herniaire à contenu cancéreux: épiploon, intestin. Des adhérences se sont formées d'abord entre ces organes et leur enveloppe péritonéale, et cette dernière s'est prise secondairement. Si l'intervention chirurgicale n'avait pas été nécessitée dans deux cas (Obs. IV et V), ou si les accidents de péritonite

n'avaient pas emporté le malade (Obs. III), on eût assisté à l'envahissement des enveloppes externes du sac, et le cancer secondaire se serait fait jour dans les régions inguinales.

D'autre part, ces trois observations ont, de plus, le mérite de nous faire voir que la hernie affectée de néoplasme acquiert une physionomie spéciale et devient le siège ou l'origine de certains accidents.

Il est plus ordinaire que la hernie change d'aspect lentement et par degrés, qu'elle devienne plus grosse, moins réductible, douloureuse par moments et que des accidents répétés de pseudo-obstruction viennent indiquer des altérations qu'on ne pouvait définir sans cela. Unis aux résultats de l'exploration physique, ils permettent alors, dans quelques cas, de porter un diagnostic avant toute intervention : en général ce sera l'exception.

Douleurs, accidents d'obstruction, tels sont les phénomènes ordinaires de ces hernies compliquées. Dans le fait relaté par Chauffard on retrouve ces phénomènes douloureux à répétition, ces accidents de pseudo-étranglement et de péritonite localisée dont la gravité s'accusera de plus en plus ; avec eux on voit se produire l'irréductibilité, temporaire d'abord, puis définitive. « La hernie avait été une fois étranglée et réduite par le taxis ; depuis un mois seulement, elle était devenue irréductible » (Chauffard). Le malade de l'observation IV était entré une première fois à l'hôpital, une année avant, avec une tumeur inguino-scrotale qui simulait une hernie congénitale étranglée. La réduction eut lieu, mais

partielle ; il restait toujours, à la racine des bourses, au dessous de l'anneau, une masse, grosse comme un œuf, ne rentrant jamais. L'irréductibilité partielle est donc l'un des attributs de ces hernies compliquées de néoplasmes, et sa pathogénie se comprend fort bien d'après les autopsies ou le résultat des opérations.

Deux autres accidents doivent être signalés, qui ont provoqué, dans deux cas, la terminaison ultime : l'étranglement dans la hernie elle-même, et la péritonite généralisée consécutive à la péritonite cancéreuse.

Dans notre observation III, le péritoine crural herniaire adhérait à l'intestin et avait occasionné un pincement latéral de ce dernier. Chez le malade de Le Dentu, c'était le bouchon épiploïque cancéreux qui obstruait le collet du sac lui-même, épaissi, induré, infiltré de cancer ; ce dernier s'était rétracté progressivement à son pédicule profond, en constituant un anneau de plus en plus étroit et toujours plus rigide.

C'est à la péritonite généralisée que succombe le malade de M. Chauffard et, dans ce cas, la péritonite locale l'avait précédée dans la marche clinique des accidents ; il y a plus, elle l'avait provoquée et la propagation du sac au péritoine était évidente. « Au niveau du collet, dit Chauffard, le sac communiquait librement avec la cavité péritonéale sans étranglement ni coarctation notable, et la péritonite cancéreuse herniaire se transformait en péritonite aiguë ».

§ II. — RÉGION CRURALE. — OBSERVATION VI.

OBSERVATION VI

Publiée dans la *Province Médicale* du 26 janvier 1901, par M. PIOLLET, interne des Hôpitaux.

Une malade, âgée de 82 ans, entre dans le service de M. le professeur agrégé Vallas, à l'Hôtel-Dieu, avec le diagnostic probable de hernie curale étranglée. Elle avait, depuis deux jours, des vomissements incoercibles, avec constipation persistante. Mais un interrogatoire plus complet apprit que, depuis longtemps, elle présentait des troubles gastriques ; que, depuis plus d'un mois, se produisaient des vomissements abondants, suivant de quelques heures l'ingestion des aliments ; que, parfois, ces vomissements avaient été noirs, marc de café ; enfin que la constipation existait, progressivement plus complète, depuis le début des troubles. L'examen de l'abdomen révéla immédiatement l'existence d'une volumineuse tumeur, dure et irrégulière, semblant siéger vers le pylore et la grande courbure de l'estomac, avec des masses secondaires nombreuses disséminées dans presque tout l'abdomen, notamment du côté droit, et un léger degré d'ascite. Enfin, à l'aîne droite, existe une tuméfaction du volume d'une noix, dure, rénitente, douloureuse à la pression, et qui paraît se continuer par un pédicule, passant par l'anneau crural, avec une sorte de cordon induré que l'on sent à ce niveau dans l'abdomen.

Autour de cette tumeur principale on trouve, dans le pli de l'aîne, quatre ou cinq autres petites tumeurs dures et mobiles, nettement ganglionnaires.

Pléiade ganglionnaire moins considérable dans l'aîne gauche. Pas de ganglion de Troisier.

En présence de ces signes, le diagnostic s'imposait de néoplasme gastrique intéressant les environs du pylore et ayant, depuis peu, gagné cet orifice; le néoplasme s'était généralisé dans l'abdomen, donnant une légère ascite cancéreuse; mais le doute subsistait au point de vue de la possibilité d'une petite hernie crurale étranglée, entérocele ou épiplocèle; il semblait bien qu'on eût affaire à un ganglion cancéreux, mais on ne pouvait l'affirmer, en raison de l'existence du cordon profond qui s'enfonçait sous l'arcade de Fallope.

L'intervention, pratiquée par M. Vallas sans autre anesthésie qu'une injection sous-cutanée locale de 2 c. c. d'eau distillée, révéla la présence de plusieurs ganglions nettement néoplasiques. Mais, fait intéressant, en disséquant le plus volumineux de ces ganglions, on s'aperçoit qu'on attire, avec son bord supérieur, un cul-de-sac péritonéal absolument analogue à un sac de hernie crurale et auquel le ganglion adhère intimement.

On réséqua, après ligature, une faible partie de ce sac, et on sutura la plaie.

Le fait intéressant à dégager de cette observation, c'est que la propagation probable de l'infection cancéreuse s'est faite par l'intermédiaire des lymphatiques péritonéaux. Le péritoine, en contact avec le ganglion de Cloquet, l'a infecté, lui est devenu adhérent, et c'est par cet intermédiaire qu'a été pris tout le groupe des ganglions inguinaux.

Cette dernière observation est intéressante à plusieurs points de vue. Il s'agit, en effet, de l'invasion, par le cancer, d'un cul-de-sac péritonéal crural chez une femme qui présentait les signes les plus évidents d'un néoplasme gastrique.

La présence du noyau métastatique à ce niveau

a créé une complication qui a donné le change au diagnostic clinique. Les adhérences aux ganglions ont déterminé des accidents simulant un faux étranglement; on a pensé, en raison des vomissements et de la constipation, à un pincement latéral de l'intestin ou à l'inflammation d'une vieille épiplocèle.

Cette observation montre, en outre, comment peut se faire, dans certains cas, l'inoculation ganglionnaire.

Il s'agit ici d'un envahissement ganglionnaire direct par un noyau de métastase siégeant au niveau du péritoine qui tapisse la face profonde du septum crural; envahissement du ganglion de Cloquet d'abord, et des autres ensuite, de proche en proche et par continuité. Ce mode d'invasion, par métastase, des ganglions inguinaux est à opposer, comme mécanisme, à un autre mode beaucoup plus fréquent: l'envahissement secondaire par continuité; dans ce dernier cas, les ganglions inguinaux cancéreux sont tributaires, par leurs lymphatiques, d'un viscère abdominal néoplasé.

Nous arrivons au terme du dépouillement de nos observations. Un fait important s'en dégage, c'est celui de la valeur séméiologique que peut acquérir, dans certains cas, le cancer secondaire des régions inguinale et crurale; ceux où le cancer interne est resté latent. Le pronostic du cancer herniaire est des plus sombres.

L'anatomie pathologique nous a montré qu'il s'agissait, là, de noyaux secondaires; par suite, le sort du malade dépend de la rapidité plus ou moins grande avec laquelle va marcher la néoplasie primitive.

D'autre part, les adhérences fréquentes soit aux organes du trajet, normaux ou pathologiques, soit aux tissus périphériques, sont la cause des accidents d'obstruction, d'étranglement partiel ou complet, capables d'abréger encore la vie du malade.

De traitement, il n'en existe pas, à proprement parler. A part les cas douteux de cancer primitif, que nous verrons dans un instant, c'est celui des complications que nous avons signalées chemin faisant.

§ III. — PATHOGÉNIE

Dans l'étude clinique du cancer secondaire que nous venons de faire, nous avons envisagé deux variétés de faits. Dans l'une, le péritoine pariéto-inguinal ou crural est le siège du noyau de métastase (Obs. I, II et III). Dans les trois observations suivantes, l'invasion se fait par l'intermédiaire d'un organe hernié qui est lui-même porteur de l'agent cancéreux.

Les faits de ce dernier genre n'ont rien qui puisse intéresser ; il s'agit simplement d'envahissement par accollement, favorisé par le développement de ces adhérences que Scarpa appelait « adhérences charnues de mauvaise nature ».

Dans le premier cas, au contraire, il s'agit de grefes péritonéales, noyaux de métastase, noyaux de généralisation ou d'extension.

Ces noyaux péritonéaux pariétaux siègent, par exemple, au niveau des fossettes inguinales ou en arrière du septum cural.

Les trajets normaux (canal inguinal congénital) ou accidentels (hernies) amènent facilement la greffe dans l'intérieur de la paroi et lui permettent son développement endo-pariétal.

Un fait, du reste, éclaire bien cette pathogénie et montre, en quelque sorte, l'influence de l'agent mécanique, si l'on peut s'exprimer ainsi.

Après des laparotomies faites pour cancers viscéraux, il est assez fréquent de voir, au bout d'un laps de temps plus ou moins long, la dégénérescence cancéreuse se produire au niveau de la cicatrice opératoire. Les greffes du péritoine pariétal, dans ces cas-là, gagnent de proche en proche et, à la faveur du traumatisme opératoire initial qui a créé un *locus minoris resistentiæ*, envahissent les parois musculaires ou fibreuses et, enfin, la peau.

Du reste, la présence des fossettes inguinales ou des sacs herniaires favorise la greffe au même titre que les recessus péritonéaux du petit bassin; par exemple : excavations recto-vésicale, recto-utérine, utéro-vésicale. « Dans ces points, écrit Virchow (1), se forment de nouveaux petits îlots de tumeur, une seconde génération de nodosités, absolument comme si l'on eût répandu une semence qui aurait germé ça et là où elle serait tombée. Je ne puis mieux

(1) VIRCHOW. — Pathol. des tumeurs. Traduction Aronsson, t. I, p. 52.

comparer cette apparence qu'à l'arbre ou au buisson que l'on rencontre quelquefois sur le versant d'une montagne, et pour lesquels il faut admettre qu'ils y ont certainement été semés ; que, probablement, des graines, en tombant de la montagne, arrêtées par quelque point saillant, s'y sont fixées et y ont pris racine ».

Il est un élément important que nous ne saurions passer sous silence et qui apporte un appoint certain, soit à la localisation, soit à l'extension du cancer. Nous voulons parler du traumatisme inévitable dont les régions inguinale et crurale sont le siège ; traumatisme ou contusion légère, mais incessante, due soit au port d'un bandage, soit à des tentatives de réduction plus ou moins répétées. Ces multiples froissements créent, au niveau des anneaux qui peuvent être occupés temporairement ou définitivement par un sac herniaire, par exemple, un état subinflammatoire persistant qui n'est pas, sans doute, sans contribuer à la localisation de ces néoplasmes cancéreux.

Il y a, là, en quelque sorte, un nouveau document pour le dossier Traumatisme et Cancer.

CHAPITRE III

Cancer primitif.

Le cancer primitif ne paraît pas encore avoir été signalé d'une façon certaine jusqu'à ce jour. Les seuls néoplasmes que nous avons pu trouver siégeaient sur le sac herniaire.

C'est ainsi que Samuel Lewis, en 1887, dans le *New-York medical Record*, cite un cas de cancer primitif siégeant dans un vieux sac herniaire inguinal, déshabité depuis longtemps. Malheureusement l'observation n'est pas détaillée d'une façon satisfaisante.

De ce cas nous pouvons rapprocher une observation de Munaron ayant trait à un fibro-sarcome greffé sur la paroi interne d'un sac herniaire également, observation que nous n'avons pas pu nous procurer.

Il existe donc une lacune à combler à ce sujet. La

paroi abdominale peut être le siège de cancers musculaires ou de sarcomes malins du tissu conjonctif, comme toute autre région.

A ce sujet, notre ami, M. Voutier, interne des Hôpitaux de Lyon, nous disait avoir autrefois soigné, dans le service de M. le professeur Gailleton, à l'Antiquaille, un malade atteint de sarcome de l'épaule. Cette tumeur, dans les derniers temps de la maladie, avait donné des noyaux de généralisation un peu partout et, notamment, sur la peau du scrotum, les régions pubienne et abdominale latérale. Mais il s'agissait, là, évidemment, de noyaux secondaires.

Comme tumeur primitive de la région inférieure et latérale de l'abdomen, nous relatons l'observation suivante publiée par M. Casella, interne des Hôpitaux, dans la *Province Médicale*, du 7 juin 1902.

OBSERVATION VII

Publiée par CASELLA. — *Province Médicale*, 7 juin 1902.

Une malade, âgée de 26 ans, entre dans le service de M. le professeur agrégé Bérard. Celle-ci ne présente rien d'anormal dans ses antécédents héréditaires ou personnels.

Réglée à 15 ans, régulièrement.

Pas de syphilis. Premier enfant à 23 ans. Deuxième accouchement à terme, en janvier dernier.

Il y a deux ans, la malade aperçut dans la moitié droite de son abdomen, une tumeur du volume d'une noix. Cette

tumeur, indolore, mobile avec les téguments, augmente progressivement. L'augmentation fut plus considérable pendant la deuxième grossesse de la malade et continua après l'accouchement.

A l'entrée, 29 avril 1902, on constate dans la région sous-ombilicale, à droite, une tumeur allongée, à grand axe oblique en dehors et en bas. Son bord supérieur est un peu au-dessous de la ligne horizontale passant par l'ombilic ; son extrémité inférieure atteint l'arcade crurale. Son extrémité gauche descend vers la paroi inguinale et dépasse d'une main la ligne médiane.

Son extrémité droite est à un travers de doigt de l'épine iliaque antéro-supérieure.

Elle est immobilisée par les contractions de la paroi. Le toucher montre que cette tumeur est indépendante des organes génitaux.

Pas de troubles fonctionnels ; pas de troubles viscéraux ; pas de température ; l'état général est excellent. Rien dans les urines.

Intervention le 30 avril. — On rencontre la tumeur sous l'aponévrose du grand oblique ; on trouve rapidement un plan de clivage qui conduit au pôle inférieur de la tumeur ; on poursuit le décollement à la face postérieure et ce décollement s'effectue sans aucune déchirure du péritoine. A droite, l'adhérence est plus forte, mais la tumeur est absolument indépendante de l'os voisin. La tumeur enlevée, les sutures musculo-aponévrotiques et cutanées sont faites en laissant un orifice pour le drainage. Suites opératoires simples : guérison complète.

L'examen histologique, pratiqué par M. Paviot, conclut à une tumeur conjonctive répondant à l'ancien type du sarcome fusiforme et pouvant présenter une malignité locale.

La particularité intéressante du cas consiste dans l'indépendance complète du péritoine et de la tumeur, ayant

permis à l'intervention de respecter l'intégrité de la séreuse.

En second lieu l'examen histologique, corroborant les données cliniques, a montré qu'il ne s'agissait pas, là, évidemment, d'un de ces fibromes bien connus de la paroi abdominale, ayant souvent pour point de départ le périoste de la crête iliaque, mais bien d'une tumeur autonome développée dans le tissu conjonctif de la région et répondant au type pathologique : sarcome fuso-cellulaire, tumeur dont on connaît les tendances malignes.

CHAPITRE IV

Diagnostic.

L'histoire des malades qui font l'objet de nos observations montre que le diagnostic des tumeurs malignes dont nous venons de nous occuper, ne sera possible que dans un nombre de cas très restreint.

Ce diagnostic sera souvent rendu impossible soit parce que le néoplasme n'est pas encore perceptible, soit parce que des accidents d'obstruction, d'étranglement vrai ou faux dominant la scène. Souvent, enfin, ce sera une trouvaille au cours d'une intervention pratiquée contre les complications précédentes.

A l'ombilic, où le cancer secondaire est de notion courante, l'esprit, prévenu, y pense naturellement en présence d'une masse indurée occupant la région.

Au niveau des régions crurales et inguinales, au

contraire, la rareté des faits sera pour beaucoup dans les erreurs de diagnostic.

D'autre part, ici comme partout ailleurs, des sources nombreuses d'erreur pourront surgir.

Et, d'abord, signalons celle qui peut provenir de la présence des ganglions lymphatiques, nombreux dans cette partie de la paroi abdominale.

Ces derniers sont fréquemment atteints de dégénérescence au cours des cancers viscéraux ; cela est d'observation courante ; tantôt ils sont petits, isolés les uns des autres, tantôt, plus gros, ils forment tumeur et adhèrent aux tissus voisins.

Le ganglion de Cloquet, pour sa part, acquiert assez souvent un volume remarquable et peut rivaliser, de tous points, avec l'adénopathie sus-claviculaire de Troisier.

M. Charles Viannay, interne des Hôpitaux de Lyon, dans une revue générale ayant pour sujet « De l'adénopathie inguinale dans les cancers viscéraux », cite la possibilité de ces erreurs de diagnostic. Il rapporte, notamment, le fait suivant, très analogue à celui observé par M. Vallas, et qui fait l'objet de notre observation VI.

« Une malade est admise d'urgence à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Jaboulay, pour une prétendue hernie étranglée ; elle présentait, dans la région inguinale gauche, une tumeur du volume d'une grosse noix, dure, mate, douloureuse au palper, et sur laquelle la peau, non modifiée dans son aspect, était aisément mobilisable. Depuis deux jours, cette

femme vomissait, n'était pas allée à la selle et son ventre était ballonné.

« La malade étant éthérisée pour la cure radicale, on s'aperçut que l'on avait affaire, non pas à une hernie, mais à un ganglion néoplasique secondaire à un cancer viscéral qui siégeait, ainsi que le montra plus tard l'autopsie « dans le péritoine et le grand épiploon ».

En général, la multiplicité de ces tumeurs, leur bilatéralité, la coexistence fréquente de ganglions sus-claviculaires, leur évolution et, enfin, leur absence absolue de réductibilité et d'expansion dans les efforts, permettront d'éviter l'erreur. Il faut savoir, néanmoins qu'elles peuvent coexister avec un cul-de-sac péritonéal lui-même dégénéré. Dans notre observation VI, le ganglion de Cloquet avait été envahi par continuité par un noyau cancéreux péritonéal siégeant à la face profonde du septum crural.

D'autre part, les sacs herniaires sont souvent le siège de tumeurs propres à donner le change.

Nous pourrions les grouper de la façon suivante : néoplasmes intra-sacculaires, sacculaires et péri-sacculaires.

Les tumeurs endo-sacculaires prêtent surtout à confusion. Dans l'observation de M. Chauffard, où le cancer de l'anse herniée, propagé au sac, apparut avec tant de netteté à l'examen microscopique, on avait porté le diagnostic de « vieille entéro-épiplocèle avec péritonite généralisée ». Et, en effet, les épiplocèles anciennes et adhérentes donnent maintes

fois la sensation de tumeurs, de noyaux, de masses indurées que la main seule distingue mal des néoplasmes vrais.

Il y a plus : le sac ouvert, le diagnostic peut être encore difficile. En effet, l'épiploon, épaissi et induré par une inflammation prolongée, peut revêtir des aspects néoplasiques et simuler le cancer. Il forme des masses et des noyaux durs, adhérents au sac, blanchâtres à la coupe; on s'y méprendrait aisément, si le cancer, dans ces hernies, était plus fréquent et surtout de notion plus courante.

L'examen histologique peut, seul, trancher la difficulté dans ces cas-là.

Les néoplasmes sacculaires ne sont pas toujours cancéreux ; la tuberculose herniaire est beaucoup plus fréquente que le cancer. Cette tuberculose se présente ici avec un polymorphisme tel, que l'œil, sans microscope, peut se déclarer incompetent. Dans un certain nombre de cas, la péritonite tuberculeuse herniaire se présente sous la forme miliaire ; sur toute l'étendue des parois du sac on peut voir des granulations miliaires confluentes propres à donner le change avec les granulations cancéreuses. Or, l'existence de ces fins nodules tuberculeux ne peut être souvent avérée que par l'examen histologique.

A côté de la forme miliaire de la tuberculose péritonéale herniaire il en est une autre, plus fréquente, où les adhérences, les loges cloisonnées et l'agglutinement de l'intestin, de l'épiploon et du sac, rappellent mieux encore ce que l'on voit dans la cavité péritonéale. Les cas se rapportant à cette description

sont bien faits pour simuler le plus possible la péritonite cancéreuse herniaire.

Parmi les tumeurs exo-sacculaires il faut citer les kystes péri-herniaires qui ne sont, comme l'a bien démontré Duplay, dans sa thèse, que des hygromas. Leur contenu, leur fluctuation, leur transparence les feront reconnaître assez facilement la plupart du temps.

D'autres tumeurs se rencontrent encore sur les confins du sac, et il semble que la pression et les frottements du bandage ne soient pas étrangers à leur production ; il s'agit, la plupart du temps, de lipomes d'origine traumatique auxquels il faut joindre le lipome du bandage.

L'exposé rapide qui précède nous met en garde contre une série d'erreurs possibles et nous montre qu'en définitive, le diagnostic de cancer ne pourra être porté, dans quelques cas, qu'avec le concours de l'anatomo-pathologiste.

Mais, étant donné un noyau cancéreux, inguinal ou crural, comment expliquer sa présence ? A quoi surtout rattacher son origine ? L'examen approfondi du malade ne devra jamais être négligé. L'examen des signes fonctionnels complétera celui des signes physiques ou suppléera à leur absence. Si l'on se trouve en présence d'un cancer abdominal latent, l'examen histologique pourra, dans un nombre de cas restreint, dire quel est l'organe primitivement atteint ; ailleurs, au contraire, permettre d'affirmer simplement qu'il s'agit d'une néoplasie maligne, mais à point de départ inconnu ; tel est le cas pour nos observations I et II.

La notion importante, c'est qu'une tumeur maligne de ces régions doit, comme à l'ombilic, faire songer à un cancer interne des viscères abdominaux.

Il est à prévoir que le dossier du cancer des régions dont nous nous occupons ne sera jamais aussi chargé que celui du cancer de l'ombilic.

Ce dernier anneau, en effet, outre sa situation qui le met au contact de l'estomac, de l'épiploon, se trouve en possession d'une riche chaîne de lymphatiques occupant le ligament suspenseur ; ce sont autant de causes qui favorisent la greffe cancéreuse à ce niveau. Aussi le cancer y est-il de notion plus courante.

Nos rares, et d'autant plus précieuses observations, ne prouvent pas moins la valeur séméiologique importante du cancer des régions inguinale et crurale.

CONCLUSIONS

I. — En dehors des tumeurs de l'ombilic, les tumeurs malignes de la paroi abdominale sont exceptionnelles et ne se trouvent décrites nulle part.

II. — Il existe, cependant, surtout au niveau des régions inguinale et crurale, des cancers secondaires ayant pour origine un cancer intra-abdominal, lequel trouve, dans les conditions anatomiques de ces régions, des routes plus faciles pour apparaître au dehors.

III. — Dans les cas où ce cancer interne est resté latent, la constatation de ces noyaux de métastase acquiert une importance séméiologique de premier ordre.

IV. — Le cancer primitif des parois abdominales doit exister, mais il est certainement plus rare que les tumeurs secondaires.

V. — L'examen anatomo-pathologique pourra fournir des notions très utiles pour l'établissement du diagnostic.

VI. — A part les cas exceptionnels de cancer primitif, le traitement sera celui des complications possibles : accidents d'obstruction, d'étranglement entre autres, dans les cas de sacs herniaires.

VU :

Le Président de la Thèse,

POLLOSSON.

VU :

Le Doyen,

LORTET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 18 juin 1902.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

GABRIEL COMPAYRÉ

BIBLIOGRAPHIE

- ARNAUD. — *Traité des Hernies*, 1739, tome II.
- BOIFFIN. — *Thèse de Paris*, 1887.
- LEJARS. — *Gazette des Hôpitaux*, 1889. — Revue générale sur les tumeurs herniaires.
- LE DENTU. — *Gazette des Hôpitaux*, 1889 : Sur un cas de hernie de l'épiploon cancéreux.
- CHAUFFARD. — *Bulletin de la Société anatomique*, 1882.
- VILLAR Francis. — *Thèse de Paris*, 1886 : Sur les tumeurs de l'ombilic.
- SAMUEL LEWIS. — *New-York Medical Record*, décembre, 1887.
- MUNARON. — *Gaz. Med. italiana di provincia Venete*, du 11 juin 1882.
- DUPLAY et RECLUS, Tome VI, pages 113 et 114 ; article de Berger sur les Complications des hernies.
- VALLAS. — *Société Nationale de Médecine de Lyon*, séance du 14 avril 1902 ; compte rendu in : *Province Médicale* du 19 avril 1902. — Sur une porte de sortie du cancer abdominal ; *Lyon Médical*, 27 avril 1902.
- PIOLLET. — *Province Médicale*, 26 janvier 1901.

VIANNAY. — *Gazette des Hôpitaux*, 16 mars 1901.

BELIN. — Thèse de Paris 1888 : Adénopathies externes à distance dans le cancer viscéral.

QUÉNU et LONGUET. — Du cancer secondaire de l'ombilic et de sa valeur séméiologique. *Rev. de Chirurgie*, 1896, p. 116-117.

VIRCHOW. — Pathologie des tumeurs, tome I, p. 52. Traduction Aronssohn.

CASELLA. — *Province Médicale*, 7 juin 1902.
